

# Fistule bilio-broncho-pleurale compliquée d'un empyème pleural

S. Loudiyi, M. Bouras, R. Najimi, A. Zegmout, H. Souhi, H. El Ouazzani, A. Rhorfi, A. Abid

Service de pneumologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

---

## Résumé

La fistule bilio-pleuro-bronchique est une complication rare mais grave des affections hépatobiliaires, le plus souvent liée à l'hydatidose hépatique. Elle se caractérise par une communication anormale entre les voies biliaires, la cavité pleurale et l'arbre bronchique. Le cas rapporté concerne un homme de 58 ans, avec antécédents de kystes hydatiques hépatiques opérés, qui a présenté une biliptysie, des douleurs thoraciques et un empyème pleural. Le diagnostic a été confirmé par l'imagerie (scanner thoraco-abdominal, bili-IRM) et l'analyse du liquide pleural. Un drainage thoracique et une antibiothérapie ont permis une amélioration clinique. Le patient a ensuite été transféré en chirurgie thoracique pour une prise en charge définitive.

Le diagnostic repose sur l'imagerie, la clinique et parfois la bronchoscopie. Le traitement est multidisciplinaire, combinant antibiothérapie, drainage et chirurgie. La prévention passe par la gestion précoce des kystes hydatiques pour éviter les ruptures et complications thoraciques.

---

Date of Submission: 05-07-2025

Date of Acceptance: 16-07-2025

---

## I. Introduction :

La fistulisation bilio-pleuro-bronchique est une communication anormale des voies biliaires avec l'arbre trachéobronchique et la plèvre. Dans la plupart des cas, les fistules bilio-pleuro-bronchiques compliquent une hydatidose hépatique, cependant, elles peuvent aussi se voir, mais rarement dans d'autres affections hépatobiliaires [1, 2].

C'est une complication peu fréquente, mais associée à une morbidité potentielle non négligeable du fait de la multiplicité des lésions qui concernent simultanément, l'étage abdominal et thoracique en passant par le diaphragme [3,4]. Nous rapportons dans ce travail le cas d'une fistule bilio-broncho-pleurale d'origine hydatique compliquée d'un empyème pleural.

## II. Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 58 ans, habitant dans un milieu rural avec notion de contact avec les chiens, opéré en 2007 pour un kyste hydatique du foie (KHF) et en 2016 pour la récurrence d'un KHF compliqué d'une fistule bilio-biliaire traité par cholangiographie rétrograde endoscopique (CPRE). et qui a présenté en décembre 2020 des douleurs thoraciques droites de type pleural, une toux et une biliptysie (**figure 1**) dans un contexte de fièvre chiffrée à 39°C, l'examen physique a trouvé un patient polypnéique à 25 cycles par minute, saturation en oxygène à 96% à l'air ambiant, tachycarde à 109 battements par minute, avec un syndrome d'épanchement liquidien droit à l'examen pleuro-pulmonaire; La radiographie thoracique de face (**figure 2**) a objectivé deux opacités droites homogènes de tonalité hydrique occupant le tiers supérieur et inférieur de l'hémichamps thoracique droit. Complétée par un scanner thoraco-abdominal (**figure 3**) confirmant la présence de multiples poches pleurales droites à paroi épaisse dont certaines présentaient un niveau hydro-aérique, avec une lame d'épanchement dans l'espace de Morrison. Devant ces données une ponction pleurale exploratrice a été faite (**figure 4**) ramenant un liquide jaune foncé purulent d'odeur fétide, l'étude biologique de ce liquide montrait un taux de protéines à 40g/L et 59 mg/l de bilirubine, des leucocytes à 160000 /  $\mu$ l à 87% de polynucléaires neutrophiles, et présence de nombreux *Morganella Morganii*, d'où l'indication d'un drainage thoracique et la mise d'une antibiothérapie à base de Céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération et de Métronidazole; avec bonne amélioration clinique, biologique (baisse du taux des globules blancs de 22000/  $\mu$ l à 6500/  $\mu$ l et de la CRP de 450 à 15) et radiologique (**figure 5**). Une bili-IRM a été également réalisée (**figure 6**) objectivant la présence d'un trajet fistuleux au niveau du lit vésiculaire communiquant avec les voies biliaires intra-hépatiques de signal liquidien en hypersignal T2 franc, un hyposignal T1 rehaussé en périphérie après injection de Gado communiquant avec le parenchyme pulmonaire avec un pertuis trans-diaphragmatique mesuré à 3mm, indiquant le transfert du patient en service de chirurgie thoracique pour complément de prise en charge.

### III. Discussion :

La rupture des kystes hydatiques hépatiques dans le thorax est rare et se fait plus fréquemment dans les bronches que dans la cavité pleurale [5]. La rupture pleurale se fait soit en plèvre symphysée avec constitution d'une poche pleurale enkystée communiquant avec le kyste hydatique, soit en plèvre libre avec apparition d'une pleurésie purulente.

Les fistules bilio-bronchiques peuvent se manifester, soit de façon brutale avec symptomatologie bruyante, soit de façon progressive avec un tableau insidieux [6].

La biliptysie est le signe fonctionnel le plus fréquent [3,4,7]. Les divers tableaux cliniques réalisés lorsque la fistule thoracique est installée sont variables, et sont en fonction du degré d'importance de la fistule trans-diaphragmatique et de l'organe où se déverse la bile et le contenu supprimé [8]. En cas de fistule bilio-pleurale, la symptomatologie peut se faire de façon insidieuse, notamment lorsque le ou les trajets fistuleux sont minimes. Le tableau réalisé est celui du bilithorax : épanchement liquidien pleural de nature biliaire. Les signes respiratoires se réduisent à une toux irritative et à une douleur basithoracique droite. L'examen fera découvrir un syndrome d'épanchement minime de la base pleurale droite. La fistule bilio-pleurale peut se manifester de manière plus bruyante et réaliser en général le tableau d'un pyothorax, il s'installe alors un point de côté brutal, une fièvre, des toux quintes et productives ramenant des expectorations purulentes et une dyspnée plus au moins importante suivant l'intensité de l'épanchement. En cas de fistule bilio-pleuro-bronchique, complication qui succède au tableau de fistule bilio-pleurale négligée, la symptomatologie réalisera un tableau de pyothorax associé une bronchorrhée purulente ou à une biliptysie.

La tomographie thoraco-abdominale doit compléter le bilan. Elle permettra de bien étudier la lésion hépatique et pulmonaire, mais aussi d'identifier une éventuelle communication entre les lésions hépatiques et pulmonaires [1].

La bili-IRM est une technique performante non invasive qui permet une bonne exploration des voies biliaires et pancréatiques. Elle permet une identification des complications vasculo-biliaires lorsque les autres examens sont non concluants [9].

La bronchoscopie est un examen souhaitable dans l'évaluation de la fistule biliobronchique. Elle permet d'apprécier la gravité des lésions de l'arbre bronchique en précisant l'origine de la biliptysie et l'importance de l'inflammation de la muqueuse bronchique [1].

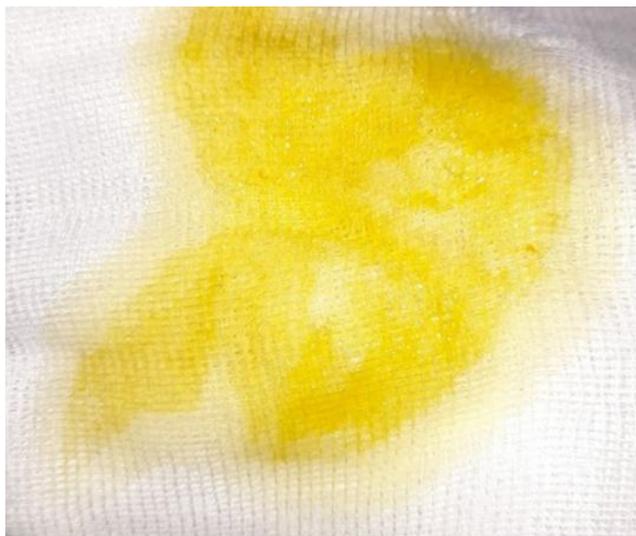
Le meilleur traitement devrait être préventif, reposant sur un programme multidisciplinaire de prophylaxie de la maladie hydatique et d'autre part, sur un diagnostic et un traitement précoce des KHF avant leur rupture dans le thorax.

### IV. Conclusion :

La fistule bilio-bronchique est une complication grave et redoutable de l'hydatidose hépatique. Malgré les progrès réalisés dans l'amélioration de la réanimation et des techniques opératoires, la fistule bilio-bronchique demeure une situation pathologique difficile à traiter et garde un pronostic sévère.

### Bibliographie

- [1]. S.RABIOU, L. BELLIRAJ, F.Z. AMMOR, I. ISSOUFOUA, B. SYLLA, M. LAKRANBIA, Y. OUADNOUNI, D. BENAJAH, M. SMAHI ; Le chirurgien thoracique face à la fistule biliobronchique d'origine hydatique. Rev Pneumol Clin. 2017
- [2]. H. KABIRI, A. CHAFIK, S. AL AZIZ, A. EL MASLOUT, A. BENOS-MAN, Traitement des fistules biliobronchiques et bilio-pleurobronchiques d'origine hydatique par thoracotomie, AnnChir 125 (2000) 654e659.
- [3]. KILANI T, DANOUES A, HORCHANI H, SELLAMI M. Place de la thoracotomie dans les complications thoraciques des kystes hydatiques du foie. Ann Chir Thorac Cardiovasc 1991;45:705—10.
- [4]. SAKHRIJ, BENALI A, LETAIFIR, DERBEL F, DAHMAN Y, BEN HADJI HAMIDA R. Les kystes hydatiques du foie rompus dans le thorax : aspects diagnostiques et thérapeutiques. J Chir (Paris) 1996;133:437—41.
- [5]. ENNABLI K. Les kystes hydatiques du foie ouverts dans les bronches ou la plèvre. A propos de 18 cas Ann Chir Thorac Cardiovasc 1984 ;38 : 560-6.
- [6]. SELMI M, KHARRATMM, LARBIN, MOSBAHM, BEN SALAH K. Kyste hydatique du foie fistulisé à la peau et ouvert dans les voies biliaires et les bronches. Ann Chir 2001;126:595—7.
- [7]. CHEHAB F, KHAIZ D, LAKHLOUFI A, ZAHIRI K, ABI F, BOUZIDI A. Fistule biliobronchique d'origine hydatique à propos de 9 cas. Sem Hôp (Paris) 1997;73:800—4.
- [8]. R. BRUGUIER, G BORNE et N. FITCHEV. Fistules bilio-bronchiques d'origine échinococcique. Réflexions à propos de 4 observation. Bulletin de la société de pathologie exotique 1967.
- [9]. BOUHAOUALA M, HENDAOUIL, MAMI N, MAZLOUT O, CHABAANE M, LADEB M. Imagerie des complications évolutives du kyste hydatique du foie. Sauramps médical 2001;21:159-165.



**Figure 1 : Biliptysie**



**Figure 2 : liquide pleural  
contenant de la bile**



Figure 3 : radiographie thoracique à l'admission

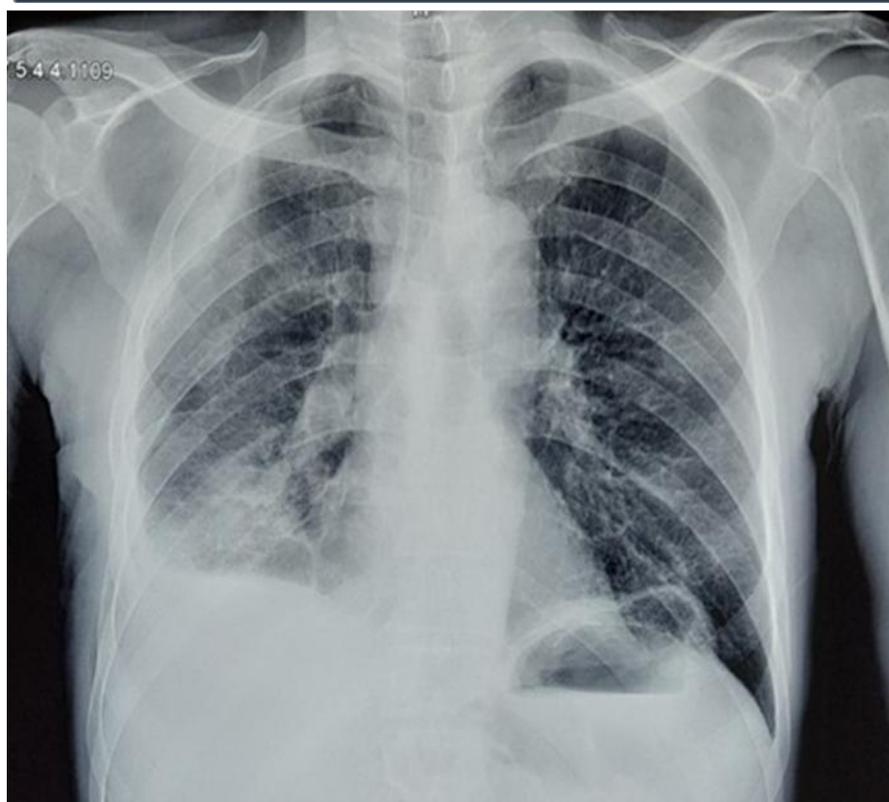


Figure 4 : Radiographie thoracique après drainage thoracique



Figure 5 : Coupe médiastinale du scanner thoracique objectivant les empyèmes pleuraux



Figure 6 : Bili-IRM montrant la présence d'une fistule bilio-pleurale droite